



Plan Operacji

w dniu:

Oddział:

L.P.	SALA OPERACYJNA	GODZ.		IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA	WIEK	SALA CHORYCH	ROZPOZNANIE	PLANOWANY ZABIEG OPERACYJNY	TRYB ZABIEGU		NAZWISKA OPERATORÓW
		ROZP.	ZAK.						RODZAJ ZNIECZULENIA		
1											
2											
3											
4											
5											
6											

.....
Pieczęćka i podpis lekarza kierującego oddziałem